

el domicilio particular con el fin de proteger a los no fumadores que, como reflejan los resultados presentados, están expuestos con mayor frecuencia e intensidad. En este sentido, consideramos, al igual que otros autores¹, la necesidad de continuar con el establecimiento de medidas legislativas; no obstante, teniendo en cuenta que se trata del domicilio particular, sería de mayor eficacia la educación sanitaria, especialmente de la población fumadora que, siendo conocedora de los riesgos que para la salud tiene el tabaquismo pasivo¹, sigue exponiendo a las personas que residen en su domicilio a un aire contaminado con el humo de tabaco, con una frecuencia y durante un número de horas importante.

Bibliografía

1. Clemente Jiménez ML, Bartolomé Moreno C, Rubio Aranda E, Martín Cantera C, Puente D, Sobradiel Sierra N, et al. Actitudes de los españoles frente a los espacios libres de humo de tabaco. Aten Primaria. 2011, doi:10.1016/j.aprim.2011.01.0150.
2. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE. número 318 de 31/12/2010, p. 109188-94.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta europea de salud en España 2009. Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/micro_enceursalud.htm.
4. Córdoba García R, Clemente Jiménez L, Aller Blanco A. Informe sobre el tabaquismo pasivo. Aten Primaria. 2003;31:181-90.

Luis Félix Valero-Juan*

*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca,
Salamanca, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luva@usal.es
(L.F. Valero-Juan).

doi:10.1016/j.aprim.2011.09.005

Estado nutricional y fractura de cadera

Nutritional status and hip fracture

Sr. Director:

Queremos felicitar a Pérez et al. por su estudio nutricional en ancianas con y sin fractura de cadera¹, recientemente publicado en su revista, y nos gustaría hacer algunas observaciones prácticas.

Desde el punto de vista metodológico, sería interesante saber si la medición de las variables antropométricas fueron realizadas por un solo observador o por varios, ya que está descrita la existencia de problemas de reproducibilidad y sesgos interobservador e intraobservador en las mediciones antropométricas, especialmente en las medidas de los pliegues cutáneos²; también sería útil conocer los valores registrados de dichos pliegues cutáneos. Por otro lado, es destacable que la altura y peso del grupo de pacientes con fractura se obtengan a través de estimaciones, y en el grupo de pacientes control a través de mediciones reales. El empleo de 2 métodos de medida completamente diferentes en cada grupo puede haber sesgado los valores de peso, altura e índice de masa corporal (IMC).

En los resultados obtenidos por Pérez et al.¹ llama la atención que haya diferencias significativas entre ambos grupos en los parámetros antropométricos y en la ingesta de micro y macronutrientes, pero no en la puntuación del Mini Nutritional Assessment (MNA). El MNA es el método de cribado y valoración nutricional recomendado en ancianos por las guías de la Sociedad Europea de Nutrición Enteral y Parenteral³, e incluye variables antropométricas, dietéticas, de evaluación global (estilo de vida, fármacos, movilidad) y de autopercepción de salud y nutrición. La puntuación media de MNA en el grupo con fractura es de 23,4 y de 23,6 en el grupo control, orientando a una buena situación nutricional de ambos grupos (MNA 17 a 23,5 representa

riesgo de desnutrición, MNA menor de 17 es malnutrición). Dado que el MNA incluye variables en las que los autores sí han evidenciado diferencias significativas entre ambos grupos (antropométricas como peso, talla, IMC, circunferencia braquial y de la pantorrilla, y dietéticas como el consumo de frutas, verduras y agua), también parecerían esperables diferencias significativas en la puntuación del MNA que no se han producido. Sería interesante conocer si hubo diferencias entre ambos grupos en el resto de ítems de la encuesta dietética del MNA, en concreto en el número de comidas diarias, en el consumo de carne, pescado o aves, huevos o legumbres, y, especialmente, en el consumo diario de lácteos. Además, ayudaría a valorar la concordancia de la encuesta dietética del MNA con los otros métodos de valoración dietética utilizada en el estudio (cuestionario dietético consensuado y recuerdo de 24 h).

Los parámetros antropométricos, de forma aislada, no son una herramienta adecuada para la valoración nutricional de los pacientes ancianos, ya que no son indicadores precoces de desnutrición, pueden originar problemas de reproducibilidad y están influidos por cambios en la composición corporal asociados al envejecimiento (sarcopenia) o a ciertas enfermedades no relacionadas con la malnutrición². Si además sus valores pueden estar sesgados por el uso de métodos de medida diferentes en cada grupo de estudio, la estimación de la prevalencia de malnutrición basada en datos antropométricos debe ser interpretada con cautela. Dado que en el estudio se ha empleado el MNA, sería útil conocer cuántos pacientes son clasificados por esta herramienta de cribado nutricional como malnutridos, a riesgo nutricional y normonutridos, de forma global y en cada grupo, y si hubo diferencias significativas entre ellos.

En resumen, conocemos que hay una mayor prevalencia de desnutrición en los pacientes con fractura de cadera¹, y que la desnutrición se asocia con una peor recuperación funcional de los mismos⁴, por lo que se deben introducir medidas preventivas y correctoras de la desnutrición en este

grupo de edad. Se ha demostrado que la administración de suplementos nutricionales reduce la mortalidad en las personas de edad avanzada con desnutrición⁵. Sin embargo, solo existen pruebas débiles de su efectividad en la asistencia post-operatoria de la fractura de cadera en pacientes de edad avanzada, siendo precisos ensayos aleatorios con un tamaño adecuado y una metodología sólida⁶.

Bibliografía

1. Pérez-Durillo FT, Torío-Durántez J, Villarejo-Villar AB, Sánchez-Vico AB, Cueto-Camarero MD, Pérez-Durillo J. Estudio comparativo de la ingesta alimentaria y el estado nutricional en ancianas con y sin fractura de cadera. *Aten Primaria*. 2011;43:362–8.
2. Wanden-Bergue C. Valoración Antropométrica. En: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE)/Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), editores. Valoración nutricional en el anciano, 1ªed. Bilbao: Galénitas-Nigra Trea; 2007;77–96. (Consultado 11 Abril 2011). Disponible en: <http://www.senpe.com/consensos.html>.
3. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22: 415–21.
4. Montero M, García M, Carpintero P. Desnutrición como factor pronóstico en ancianos con fractura de cadera. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:721–5.
5. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Suplementos energéticos y proteicos para personas de edad avanzada en riesgo de desnutrición (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003288. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].
6. Avenell A, Handoll HHG. Administración de suplementos nutricionales para la asistencia posoperatoria de la fractura de cadera en pacientes de edad avanzada (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 1 Art no. CD001880. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.].

Luis Ángel Sánchez-Muñoz, Héctor Aceves-Gamarra,
Eduardo Mayor-Toranzo
y Antonio Jimeno-Carrúez

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico
Universitario de Valladolid, Valladolid, España*
Correo electrónico: lsanchezmunoz@gmail.com
(L.Á. Sánchez-Muñoz).

doi:10.1016/j.aprim.2011.07.017